N° 41

ÉTUDE

SUR LA

GREFFE ÉPIDERMIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 29 février 1888

PAR

F.-M.-André LAYET

Né à Toulon (Var)

Médecin de 2me classe de la marine

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1888

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.
GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	MESSIEURS :
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✠).
Clinique des mal. ment. et nerv.	CAVALIER (✲).
Idem (Chargé du cours).	MAIRET.
Physique médicale.	MOITESSIER (✲)
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur.méd.	PLANCHON (✲ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER (✲).
Anatomie (Chargé du cours).	GILIS.
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN (✲).

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).
Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲), DUPRÉ (✲ C. ✠).

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	MOSSÉ (✲), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice

MESSIEURS :	MESSIEURS :	MESSIEURS
CARRIEU.	VILLE.	GERBAUD.
MAIRET.	GRANEL.	GILIS.
MOSSÉ (✲).	BOINET.	MALOSSE.
REGIMBEAU (✲).	BROUSSE.	BIMAR.
BLAISE.	FORGUE.	
BAUMEL.	TRUC.	

M. H. GOT, Secrétaire.
M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. GRYNFELTT, *président.*
GILIS, professeur.
CARRIEU, agrégé.
GAYRAUD, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A. LAYET.

A Monsieur le Docteur **BERENGER-FÉRAUD**

Directeur du service de santé de la marine à Toulon
Officier de la Légion d'honneur

A. LAYET.

A Monsieur le Docteur THOMAS

Médecin en chef de la marine
Professeur à l'École de médecine navale de Toulon
Officier de la Légion d'honneur

A Monsieur le Docteur MERLIN

Médecin en chef de la marine
Professeur à l'École de médecine navale de Toulon
Officier de la Légion d'honneur

A Monsieur le Docteur FONTAN

Médecin principal de la marine
Professeur à l'École de médecine navale de Toulon
Chevalier de Légion d'honneur

A. LAYET.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur GRYNFELTT

A. LAYET.

INTRODUCTION ET PLAN.

Les greffes épidermiques sont aujourd'hui entrées dans la pratique chirurgicale. Nous avons été amené à choisir ce sujet de dissertation inaugurale par les résultats que nous avons obtenus par la greffe épidermique, en 1886, sur l'aviso *l'Ardent*, où, par suite des hasards de la navigation, nous remplissions les fonctions de médecin-major.

Afin de compléter notre travail, nous avons recueilli diverses observations, et, bien que ce sujet ait déjà été longuement traité, sans avoir la prétention de vouloir mieux faire que nos devanciers, nous espérons le mener à bonne fin, et nous comptons, une fois encore, sur la bienveillance de nos Juges et Maîtres de la Faculté de Montpellier.

Qu'il nous soit permis de témoigner ici notre gratitude à M. le docteur Fontan, médecin principal de la marine, qui a bien voulu nous autoriser à communiquer quelques observations recueillies dans son service à l'hôpital Saint-Mandrier.

Nous remercions vivement M. le docteur Metin, médecin de 2^{me} classe de la marine, dont la thèse inaugurale sur la Greffe cutanée par approche nous a inspiré quelques idées.

Nous adressons de même nos remerciements à notre camarade Oromi, étudiant en médecine navale, qui nous a pris quelques observations à l'hôpital maritime de Saint-Mandrier.

Que M. le professeur Grynfeltt, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, accepte ici le témoignage de toute notre reconnaissance.

Nous divisons notre sujet en plusieurs chapitres:

I. Historique et Définition.
II. Manuel opératoire.
III. Processus d'épidermisation.
IV. Indications.
V. Observations.
VI. Conclusions.

Nous terminons notre travail en mentionnant, dans un index bibliographique, à quelles sources nous en avons puisé la substance.

ÉTUDE

SUR LA

GREFFE ÉPIDERMIQUE

I. — HISTORIQUE ET DÉFINITION.

Depuis les temps les plus reculés, l'instinct de la conservation a poussé l'homme blessé à rapprocher des lambeaux séparés par un traumatisme: telle est l'origine de la greffe animale.

On crut pendant longtemps qu'une partie de l'ensemble séparée du corps devait être privée de vie et ne pouvait, mise en contact avec une partie vivante, recouvrer ses propriétés vitales. Bichat (1), qui fit une étude approfondie des propriétés des tissus vivants, démontra que la cellule représente un être tout entier et qu'une partie quelconque, séparée du corps d'un animal vivant, vivait au même titre que ce corps lui-même; mais les propriétés vitales de la partie séparée ne persistent que pendant un temps très court, varia-

(1) Anatomie générale.

blè selon l'intensité des phénomènes nutritifs des parties séparées et suivant la quantité de suc nourricier ou blastème qu'elles renferment. Ainsi, on enlève quelques cellules épidermiques d'un être vivant et on les met en contact avec les bourgeons d'une plaie en voie de cicatrisation; ces cellules continuent à vivre et de plus se segmentent et se multiplient: telle est la *greffe épidermique.*

Sans insister sur la greffe animale, qui, d'après de Græfe, ayant pris naissance dans l'Inde, se développa plus tard en Italie, puis en France, et donna ainsi lieu aux trois grandes méthodes d'autoplastie, nous ne nous occuperons que de la greffe épidermique. Avec J. Reverdin, nous lui conservons le nom d'*épidermique*, bien que le lambeau transplanté comprenne avec l'épiderme une couche très mince du derme.

En 1847, Hamilton, en Amérique, aurait pratiqué la première greffe épidermique pour un vaste ulcère, et publiait l'observation dans le *Buffalo medical and chirurgical Journal.* En 1869, en France, Reverdin, alors interne à l'hôpital Necker, bien que devancé par Hamilton, ayant observé des îlots épidermiques formés spontanément sur certaines plaies, eut l'idée de tenter par greffes «la formation d'îlots de cicatrisations analogues, et hâter ainsi la guérison.»

Les tentatives de J. Reverdin (de Genève) aboutirent à des succès présentés à la Société de médecine de Paris. Ces résultats furent suivis de près par des tentatives nombreuses tant en France qu'à l'étranger, successivement dès 1871, en Angleterre, en Allemagne, en Russie, en Amérique, en Suisse et en Italie.

En *France*, à Paris, Gosselin, Guyon, Alph. Guérin et Duplay, la thèse de Cluzant (1871); à Strasbourg, Aug. Reverdin et Hergott obtinrent, en quelques semaines, la cicatrisation d'une vaste brûlure qui restait stationnaire depuis 7 mois et demi; à Lyon, Ollier, qui attacha son nom aux

greffes dermo-épidermiques, c'est-à-dire que, de propos délibéré, il gardait une partie du derme dans son lambeau qu'il taillait plus large (10 à 15 mill.) avec le couteau à cataracte de Beer. M. Poncet qui, dès 1873, fit des tentatives de greffes cutanées totales. A Montpellier, signalons les thèses de Colrat (1871), de Gaimard (1876), de Lautré (1880); la plupart des observations de cette dernière ne sont que les résultats obtenus à l'hôpital Saint-Éloi dans le service de M. le professeur Dubrueil.

Dès 1869, M. Le Fort (1) reprocha à la greffe épidermique d'ouvrir une porte à l'érysipèle par la petite plaie qui résultait de l'ablation du lambeau. De nos jours, ce reproche tomberait devant les antiseptiques (bichlorure de mercure); mais, à cette époque, pour échapper à ce reproche, on prit la greffe sur des personnes différentes (hétérogreffe), sur des membres amputés et même sur des cadavres récents. M. Prudhomme (siège de Belfort) en rapporte plusieurs succès.

En *Angleterre*, Pollock et Lawson, Pollock a modifié la méthode de Reverdin; il pratique la *greffe par insertion*, c'est-à-dire qu'après avoir fait une petite plaie aux bourgeons charnus, il insère la greffe dans cette plaie. Holmes, Page, Fiddes, Hobson, puis MM. Fergusson, Bryant.... Page (2) prétendit que la greffe épidermique n'avait pas de valeur pratique, et que «cette opération ne paraissait pas devoir prendre un rang définitif dans la chirurgie.» La vulgarisation rapide du procédé permit à J. Reverdin d'affirmer le contraire dès 1871. Fiddes (1870) imagina la greffe par râclage de l'épiderme. Nous apprécierons ce procédé dans le chapitre suivant (Manuel opératoire).

(1) Société impériale de chirurgie, 8 décembre 1869.
(2) *British medical Journal*, décembre 1870.

En *Allemagne*, Hofmolk, Czerny (Vienne), Thiersch. Ce dernier (1), partant du principe que la greffe épidermique échoue souvent par suite de la mauvaise nature des bourgeons charnus, râcle et gratte la surface granuleuse de la plaie avant d'appliquer le lambeau épidermique.

En *Russie*, Scoroff.

En *Amérique*, après Hamilton, B. Howard.

En *Suisse*, Rouge, de Lausanne.

En *Italie*, Albanèse, Marcani, Perassi, Pelizarri, Corracti.

Les zoogreffes ont suivi de près les greffes épidermiques; dès 1871, Jacenko, de Kiew, Letièvant en pratiquaient; les tentatives de greffe de conjonctive de lapin du docteur Metaxas, à Marseille, datent de la même époque. M. Dubousquet (2) (6 décembre 1886) et M. Vincent (3) (19 janv. 1887) pratiquaient avec succès des greffes de peau de grenouille.

Aujourd'hui, la plupart des chirurgiens français et étrangers pratiquent les greffes épidermiques, et une énumération plus complète serait longue et n'ajouterait aucun intérêt à notre sujet.

(1) Congrès des médecins allemands, 1886.
(2) Société de biologie.
(3) Société des sciences médicales.

II. — MANUEL OPÉRATOIRE.

Nous savons que la greffe épidermique est une opération qui consiste à emprunter à la peau une lamelle très mince, très petite, ne comprenant que les parties superficielles du tégument.

Nous savons qu'elle peut être prise sur le sujet (autogreffe), sur un sujet étranger (hétérogreffe) et même sur un animal (zoogreffe). Mais comment se pratique cette opération ? Quelles sont les conditions nécessaires au succès de l'opération ? Quels sont les pansements consécutifs à la greffe ?

D'où 3 paragraphes à ce chapitre :

§ 1^er^. Pratique de l'opération

Tout instrument bien tranchant peut servir à pratiquer la greffe épidermique ; de préférence, on a employé certains instruments : J. Reverdin a employé la lancette ; Rouge, de Lausanne, l'aiguille à séton ; d'autres le bistouri, le rasoir, les ciseaux courbes et enfin les ciseaux-pinces.

1° Avec la lancette : La pointe d'une lancette un peu large (à grain d'orge) est introduite à une profondeur d'environ 1 demi-millimètre dans la peau d'une région où elle est très mince (la face interne de la jambe, l'avant-bras par exemple, mais on peut emprunter dans toutes les parties

du corps). On pousse parallèlement la lancette, dont la pointe ressort à 3 ou 4 millimètres; plus loin, en continuant à pousser, les bords de l'instrument détachent le petit lambeau: la petite plaie faite par l'instrument doit laisser écouler à peine une gouttelette de sang.

Puis,il faut appliquer la lancette chargée sur les bourgeons charnus et faire glisser le lambeau sur eux avec un stylet ou la pointe d'une épingle, de façon à ce que le lambeau soit en rapport par sa face profonde avec les bourgeons, et afin qu'il y soit maintenu, déposer la greffe dans l'intervalle des bourgeons, elle sera fixée par eux. Enfin, pour empêcher que les bords du lambeau ne soient enroulés, le faire cheminer de côté et d'autre, au moyen du stylet ou de l'épingle employé pour le placer.

On peut pratiquer ainsi plusieurs greffes dans la même séance.

2° *Avec l'aiguille à séton:* Suivre les mêmes indications qu'avec la lancette.

3° *Avec le bistouri:* Le manuel opératoire est à peu de chose près identique au procédé avec la lancette, à moins qu'on opère comme avec le rasoir.

4° *Avec le rasoir:* Avec les doigts de la main gauche, on fait un pli à la peau et on en enlève un fragment de quelques millimètres carrés avec un rasoir, tenu comme dans les coupes microscopiques, ou un bistouri bien tranchant.

5° *Avec les ciseaux courbes:* Sur un pli de la peau, tenu de la main gauche, on excise avec ces ciseaux un lambeau de quelques millimètres carrés.

6° *Avec les ciseaux-pinces :* Ce sont des ciseaux particuliers : petits ciseaux courbes, très fins, entre les deux branches desquels se trouvent deux petites tiges coudées à leurs extrémités et disposées de façon à saisir un fragment d'épiderme. A mesure qu'on presse sur les anneaux des ciseaux, les deux tiges se rapprochent avant les branches, saisissent un fragment d'épiderme en même temps que les branches se ferment et coupent le fragment ainsi soulevé qui reste sur les branches ; avec un stylet, on le fait glisser sur les bourgeons charnus en prenant les précautions indiquées déjà pour l'opération avec la lancette.

Mentionnons qu'Ollier pratiquait cette opération avec le couteau à cataracte de Beer.

Tous ces procédés ont leur valeur ; mais nous préférons le procédé avec la lancette, le plus simple, qui effraye moins le sujet dans les autogreffes et qui permet d'atteindre le desideratum de Reverdin : greffe la plus petite possible et ne renfermant qu'une couche minime du derme.

Reverdin réussit même à ne prendre que l'épiderme seul ; deux chirurgiens anglais allèrent plus loin : ils ne greffèrent que la poussière cornée de l'épiderme ; disons un mot de leur procédé :

Greffe par le râclage de l'épiderme : Fiddes (1) (d'Aberdeen) et Nacy Ash prétendent avoir obtenu la formation d'îlots cicatriciels en parsemant les plaies d'écailles épidermiques, en râclant la peau avec un rasoir ou un long bistouri, sans faire saigner, de façon à n'avoir que l'épiderme corné.

Reverdin a tenté plusieurs fois sans succès cette expérience.

(1) *Lancet*, décembre 1870.

Goldie, de Manchester, et Czerny n'ont eu que des insuccès par cette méthode.

Reverdin n'a pas eu plus de succès en greffant la substance cornée de l'épiderme, prise seule, au pied ou à la main.

En effet, la substance cornée ne renfermant que des cellules à noyau atrophié, et la plupart sans noyau, ne peut jouer sur la plaie que le rôle de poudre inerte, en l'excitant à peine par irritation locale.

§. 2. Conditions de l'opération

Les conditions nécessaires au succès de la greffe épidermique sont relatives à l'individu greffé, à la plaie qui reçoit la greffe et au lambeau transplanté.

1° *Relativement au sujet greffé :* Il faut tenir compte de l'âge du sujet; chez un sujet âgé, les autogreffes n'ayant donné aucun résultat, on a obtenu un succès en prenant les lambeaux épidermiques sur un individu jeune, sain et vigoureux.

Les plaies, même spécifiques, chez des sujets porteurs de diathèses (syphilitique, scrofuleuse, cancéreuse), ne contr'indiquent pas les greffes; au contraire, Reverdin obtint par ce moyen, chez une vieille femme, la cicatrisation d'une syphilide ulcéreuse tertiaire. Dans les plaies résultant de l'ablation d'épithélioma, de cancroïde, Ollier n'eut qu'à se louer de l'emploi des greffes.

Néanmoins, quand le sujet est porteur d'une diathèse, il y a lieu de modifier, par un traitement approprié, son état général et local; il suffit pour que la greffe prenne qu'on ait obtenu la formation de quelques bourgeons charnus dans la plaie.

Dans les cas de cachexie paludéenne, combattre l'impaludisme en même temps qu'on traite les plaies et ulcères qui s'y rattachent. M. Verneuil a parfaitement démontré l'influence néfaste de l'impaludisme sur la marche des plaies.

2° *Relativement à la plaie greffée :* La plaie qui reçoit la greffe doit être granuleuse et les granulations doivent être de bonne nature, petites, égales et d'un bon aspect rouge ; si elles sont fongueuses ou saignantes, la greffe échoue presque toujours ; de même, sur des surfaces de section fraîche, la coagulation du sang est un obstacle au contact entre la greffe et les bourgeons charnus.

Avant d'appliquer la greffe, la plaie doit être préalablement nettoyée et abstergée de tout liquide.

Dans les plaies atoniques le succès est rare, mais n'est pas impossible ; de même dans les accidents des plaies, tels que diphtérie, pourriture d'hôpital, érysipèle ; dans la plupart de ces cas, le râclage des bourgeons (Thiersch) ou la greffe par insertion (1) (Pollock) interviennent avec succès, et dans ces cas, il est urgent de modifier l'état de la plaie avant de tenter la greffe.

3° *Relativement à la greffe :* Dans les cas d'hétérogreffes, le sujet qui fournit la greffe, le lambeau, sera jeune, exempt de diathèses, surtout de syphilis ; la syphilis, en effet, peut se transmettre par la greffe (Obs. X), comme elle a été transmise par la vaccination. Quand la greffe est prise sur des membres amputés, s'abstenir de lambeaux pris sur des amputés de tumeurs blanches.

Czerny (2) rapporte le fait de deux malades parfaitement

(1) *Medical Times and Gazette*, novembre 1876.
(2) *Revue de Hayem*, 1886, t. xxviii, p 680.

sains et sans antécédents héréditaires ni personnels, chez qui des greffes cutanées furent faites à la suite de brûlures et qui devinrent tuberculeux ; les lambeaux avaient été pris sur des membres amputés d'arthrites fongueuses.

Veiller aussi aux inoculations de maladies infectieuses.

On prendra avec avantage la greffe sur les parties du corps couvertes par les vêtements ; là, la peau est blanche, souple et délicate, et si la partie susceptible de fournir la greffe est couverte de poils, on devra préalablement la raser. Il faut éviter de prendre la greffe sur un nègre pour l'appliquer sur un blanc, car, malgré la rareté du pigment dans les épidermes cicatriciels, la cicatrice reste plus colorée que celle produite par la greffe du blanc. Bryant prétend même avoir conservé la couleur noire du lambeau, en transplantant sur un blanc un lambeau cutané pris sur un noir.

La greffe ne doit prendre que les parties superficielles de la peau et n'en détacher que des très petits lambeaux de quelques millimètres carrés, comprenant la partie profonde de l'épiderme : les expériences de Reverdin ont démontré qu'elles réussissent d'autant mieux qu'elles sont plus petites ; la dimension la plus favorable est de 3 à 4 millimètres carrés.

Les petites dimensions des greffes permettent de les multiplier, et chaque greffe devenant le point de départ d'un îlot cicatriciel, plus on les multipliera, plus on diminuera la durée de la cicatrisation. Dans le plus grand nombre des cas, les îlots cicatriciels résultant de la greffe atteignent la dimension maxima d'une pièce de 50 centimes ; on verra donc, d'après l'étendue de la plaie, le nombre approximatif de greffes que l'on devra appliquer.

Quant au lieu d'application : les appliquer de préférence

vers les bords de la plaie; car, dit Aug. Reverdin (1), « le développement de la greffe se fait toujours du côté où elle aura le moins de chemin à parcourir pour rejoindre soit la cicatrice des bords, soit un autre îlot épidermique développé spontanément ou sous l'influence d'une greffe. »

Enfin, la greffe doit être maintenue dans une immobilité absolue et rester adhérente: le pansement réalise cette dernière condition.

§ 3. Pansements consécutifs à la greffe

La greffe appliquée sur les bourgeons charnus n'a pas besoin de moyens de contention pour contracter adhérence; quelques chirurgiens appliquent simplement un verre de montre au niveau du lieu greffé. Les chirurgiens allemands et anglais taillent les greffes plus grandes que les chirurgiens français et les maintiennent avec des taffetas transparents.

J. Reverdin recouvre la greffe de bandelettes de diachylon.

Les topiques employés n'agissent pas tous favorablement sur la greffe; ainsi, dans les plaies greffées pansées à l'alcool pur, « il se fait des coagulations dans l'épaisseur même des tissus », et les greffes échouent; on les a vu échouer même par le pansement au vin aromatique.

Reverdin a eu à se louer de certains topiques: l'acide phénique dilué, l'eau chlorurée, le perchlorure de fer au 6e; ce dernier a donné d'excellents résultats à Gosselin dans les ulcères atoniques des scrofuleux traités par la greffe.

Dans de bonnes conditions, le lambeau épidermique peut avoir contracté adhérence en 24 heures, mais il est prudent

(1) *Gazette médicale de Strasbourg*, septembre 1870.

de le laisser sans y toucher trois ou quatre jours, afin de ne pas s'exposer, par une curiosité indiscrète, à enlever les lambeaux en même temps que le pansement. Lauth n'enlève les bandelettes de diachylon que le sixième jour.

Il y a lieu ici de combattre les opinions de Letievant et autres chirurgiens qui prétendent que la greffe épidermique n'a aucune influence sur la marche de la cicatrisation, et que cette cicatrisation plus rapide ne serait due qu'aux soins exceptionnels donnés à la plaie greffée ou aux topiques appliqués sur elle. On a pensé que le diachylon seul (pansement de Chassagnac) agissait favorablement sur la plaie; mais tous les soins et tous les topiques ne peuvent produire la prolifération épidermique au niveau du point greffé; les cellules seules du lambeau épidermique peuvent trouver sur la plaie un milieu favorable à leur génèse; et il est évident que cette multiplication des cellules sera d'autant plus rapide que la plaie sera en meilleure voie et dans les meilleures conditions d'immobilité.

Aujourd'hui, les antiseptiques (solution de bichlorure de mercure, solution boriquée, iodoforme, iodol...) ont donné un nouvel essor à la greffe épidermique: le chirurgien jugera dans quelles circonstances il choisira un antiseptique de préférence à un autre.

Le soin apporté à appliquer ou enlever le pansement est important: nous verrons en effet dans certaines de nos observations, que très souvent les défauts de soin dans le renouvellement du pansement sont les causes de la chute de la greffe qui avait contracté un commencement d'adhérence.

En résumé, le pansement applicable à la greffe doit avant tout répondre aux trois indications suivantes: 1° ne pas agir défavorablement sur la cicatrisation; 2° maintenir en place les petits lambeaux; et 3° être fait et défait avec soin.

III. — PROCESSUS D'ÉPIDERMISATION.

Dès que la greffe est pratiquée, pendant 24 heures le lambeau pâlit, son épiderme se flétrit et se plisse; si la greffe doit réussir, on voit bientôt se développer autour du lambeau des stries rouges et fines, indice d'une vascularisation nouvelle; du 5e au 6e jour, ces stries se réunissent en anneau et forment autour du lambeau une dépression circulaire semblable à une gouttière; on explique cette dépression par l'arrêt de la végétation granuleuse à la périphérie de la greffe. C'est à ce moment que se détache le plus souvent la couche cornée de l'épiderme, en laissant après elle une surface très rouge analogue à celle d'un vésicatoire. L'anneau vasculaire, périphérique à la greffe, s'élargit de plus en plus, en sorte que les greffes deviennent peu à peu contiguës, et, d'autre part, les bords de la plaie envoient des prolongements variés qui vont atteindre les greffes et se confondre avec elles. En somme, les phénomènes qui se passent autour d'une greffe sont semblables à ceux qui se passent sur le bord d'une plaie en voie de cicatrisation.

Donc, la greffe adhère d'abord, puis se développe en îlot cicatriciel; d'où deux paragraphes.

§ 1. Adhérence du lambeau.

Diverses opinions sont en présence:

Pour Réverdin, dans le lambeau transplanté, composé de l'épiderme entier et d'une couche mince du derme, c'est l'épiderme seul qui est actif, adhère et forme les îlots cicatriciels. De plus, dans les îlots formés, il ne se produit que de l'épiderme. D'après le même chirurgien, ce ne serait que la couche profonde de l'épiderme qui serait active; nous avons, en effet, vu que le procédé de Fiddes (râclage de la poussière cornée de l'épiderme) et les tentatives de greffe de la couche cornée seule ne peuvent donner aucun résultat.

Le lambeau greffé, toujours selon Reverdin, doit être adhérent au bout de 24 heures; alors il est blanc, épais, gonflé, ramolli et quelquefois un peu ridé; après 48 heures, la couche cornée se desquame et la partie profonde de l'épiderme, restée en place, présente des bourgeons de nouvelle formation plongeant entre le bord de la greffe et le tissu embryonnaire de la plaie; puis, ces bourgeons épidermiques se soudent avec le tissu embryonnaire et par leur nombre finissent par fixer le lambeau tout entier sur sa surface de transplantation ; Reverdin appelle ces bourgeons, bourgeons *d'enchâssement.* Plus tard, on aperçoit dans le derme des vaisseaux embryonnaires qui se continuent avec ceux du tissu sous-jacent et en proviennent; le derme dégénère et a déjà les caractères du tissu embryonnaire, sauf les fibres élastiques qui persistent. C'est donc par l'épiderme que se produit l'adhérence d'après Reverdin.

M. Poncet (1) prétend que l'adhérence se fait par la por-

(1) *Lyon médical*, mai 1873.

tion dermique de la greffe; les anses vasculaires des papilles du derme s'unissent aux vaisseaux des bourgeons charnus, comme on l'observe dans la réunion des plaies par première et deuxième intention.

Colrat fait intervenir un élément nouveau, la zone épidermoïdale, avec lequel il explique l'adhérence du tissu épithélial avec le tissu conjonctif de la plaie.

Armaignac nous donne, en une phrase, son idée du processus d'épidermisation; étudiant, par des coupes, le processus cicatriciel, il dit avoir observé que «les cellules étaient augmentées de volume, puis, après s'être divisées, devenaient de plus en plus plates. La segmentation des noyaux était surtout évidente sur les bords de la cicatrice entourant les parties ulcérées.»

Quoi qu'il en soit, le lambeau épidermique se fixe, devient le point de départ d'un îlot cicatriciel qui se développe.

§ 2. Développement de la greffe.

La greffe sitôt fixée après la desquamation de la couche cornée (*Stratum corneum*) : l'opinion la plus admise, est que l'îlot cicatriciel, dont la greffe est le point de départ, se développe, par la transformation du tissu embryonnaire sous-jacent à la greffe ou cellules indifférentes, en tissu épithélial.

D'après Colrat, «les cellules qui entrent dans la composition de la zone ou cuticule épidermoïdale sont des éléments embryonnaires, entre lesquels se trouve un réticulum fin, à mailles irrégulièrement triangulaires.» Cette zone joue un grand rôle, pour Colrat, dans la transformation du tissu embryonnaire en tissu épithélial. Reverdin n'admet pas le rôle de la zone épidermoïdale de Colrat.

D'autres pensent que ce sont les cellules à noyau des couches profondes de l'épiderme (*Stratum lucidum* et *Stratum granulosum)* qui se segmentent et prolifèrent.

Dès que l'îlot cicatriciel est formé, il va toujours en s'élargissant; ce résultat est-il le fait d'une action de présence exercée par la greffe, que Vogel appelait: action d'analogie de formation, que Gübler nomme force catabiotique et que M. Dubrueil désigne sous le nom de force homœoplastique, action de présence qui serait exercée par la couche de Malpighi sur les bourgeons charnus et transformerait en tissu épithélial leur tissu embryonnaire; ou bien, y a-t-il prolifération des éléments épidermiques transplantés? L'histogénèse résout la question dans le sens d'une extension de l'épiderme transplanté par prolifération sur place.

IV.— INDICATIONS.

La greffe épidermique appliquée aux plaies ou à des ulcérations étendues répond à une triple indication : 1° accélérer la guérison en permettant à la cicatrisation de se faire par des points nombreux ; 2° relever le niveau de la plaie quand elle est déprimée ; 3° substituer au tissu cicatriciel, dont la rétractilité est plus ou moins considérable et qui, dans les parties centrales, est très mince et par conséquent très vulnérable, un tissu cicatriciel sinon dépourvu de rétractilité, du moins peu rétractile et plus solide dans ses parties centrales.

Effectivement, la cicatrisation dans le cas de greffe, au lieu de s'opérer de la périphérie vers le centre, s'effectue en des points nombreux rayonnant du centre vers la cicatrice marginale.

La greffe est donc indiquée :

Dans les plaies très larges, longues à cicatriser, malgré tous les modes de pansement : l'épiderme est en effet quelquefois très lent à se former, malgré la formation antérieure de bourgeons charnus.

Dans les plaies par armes à feu, par éclat d'obus par exemple, alors qu'il existe de grandes pertes de substance (Bœckel, Aug. Reverdin, Jacenko).

Sur les surfaces de section des amputations, alors que les lambeaux sont rendus insuffisants par la rétraction.

Dans les pertes de substance survenues à la suite de pourriture d'hôpital.

Dans les grandes brûlures plus particulièrement (Pollock, Rouge, de Lausanne...); en effet, l'on voit quelquefois se former spontanément un ou plusieurs îlots cicatriciels vers le centre des vastes plaies consécutives aux grandes brûlures, c'est ce qui a éveillé chez J. Reverdin l'idée de provoquer la naissance de ces îlots par transplantation d'épiderme.

Dans les ulcérations serpigineuses, vénériennes, syphilitiques même, nous en avons parlé en examinant l'état du sujet greffé.

Dans les plaies résultant de l'ablation de tumeurs spécifiques, même présentant un fond douteux (Ollier).

Dans les ulcères variqueux.

La greffe peut encore fournir une ressource précieuse aux opérations autoplastiques, en prévenant la rétraction cicatricielle des parties dénudées.

Dans les greffes cutanées simples, ou l'on transporte sur une plaie un lambeau complet de peau, ou encore dans les greffes cutanées pédiculées, appelées aussi greffes cutanées par approche, il existe presque fatalement une portion du lambeau qui n'adhère pas ou adhère mal, et dans la suite se sphacèle; alors la greffe épidermique intervient encore et aide à la chirurgie réparatrice, en contribuant à remplacer la portion éliminée.

V. — OBSERVATIONS.

Observation I.

(Personnelle). Aviso *l'Ardent*, station locale du Sénégal.

Plaie lacéro-contuse.— Succès.

Le nommé Iocariala, noir du Rio-Nunez, âgé d'environ 17 ans. Plaie lacéro-contuse de l'avant-bras gauche avec un lambeau irrégulier d'environ 8 centimètres de longueur et 5 centimètres de largeur, intéressant la peau, l'aponévrose, les muscles de la région antibrachiale antérieure et superficielle (Bichat) et le muscle long supinateur; le cubitus était à nu, l'artère cubitale et le nerf cubital ont été protégés par l'os, l'articulation du coude n'est pas atteinte.

Cette plaie a été produite par un coup de sabre, le malade portant un fardeau sur son épaule gauche, son avant-bras gauche fléchi sur le bras et étant en pronation forcée.

5 août 1886, 7 heures du soir. Le malade tombe en syncope en arrivant à bord : frappé le visage avec compresse mouillée froide et administré, sitôt reprise de connaissance:

Potion: éther sulfurique 0 gr. 50
eau sucrée..... 120 gr.

Nettoyé le lambeau à la solution phéniquée, régularisé le lambeau au scalpel, suture des muscles au fil de catgut, suture de la peau à points séparés (laissé en dehors et en

dedans à la partie déclive des espaces pour l'écoulement du pus); pansement: charpie phéniquée, écharpe de Mayor.

6 août. T. m. 39°.
s. 39°5.

Empâtement et tuméfaction de la région, le pus se fait jour à la pression entre les points de suture; passé un stylet aiguillé entre les parties saines et la partie inférieure du lambeau et passé sur un fil conducteur un drain replié en anneau à l'extérieur; irrigations phéniquées tièdes et même pansement biquotidien.

7 août. T. m. 40°.
s. 39°5.

Suppuration abondante et fétide; coupé quelques points de suture paraissant trop bridés; mêmes injections phéniquées tièdes et mêmes pansements.

Potion : Extrait quinquina 4 grammes.
Eau sucrée 120 grammes (le malade musulman ne pouvant être tonifié par l'alcool).

8 août. T. m. 39°9.
s. 40°.

Même état, même traitement.

9 août. T. m. 39°4.
s. 39°8.

Sphacèle de la portion supérieure et externe; la peau est complètement décollée dans cette région; application de cataplasmes chauds sur tout l'avant-bras; mêmes injections, même traitement.

10 août. T. m. 39°8.
s. 39°5.

Deux petits décollements voisins de l'articulation du coude à la partie supérieure, l'un interne, l'autre externe; applica-

tion de compresses graduées au niveau des décollements, même traitement par ailleurs.

11 août. T. m. 39°5.
s. 39°5.

La peau sphacélée tombe, laissant une surface bourgeonnante de 5 centim. carrés; pratiqué à ce niveau trois greffes épidermiques, prises sur l'avant-bras droit au point symétrique d'application; bandelettes de diachylon sur les lambeaux greffés, même traitement.

12 août. T. m. 38°8.
s. 38°5.

Même état, même traitement.

13 août. T. m. 38°5.
s. 38°5.

Même état, même traitement.

14 août. T. m. 37°5.
s. 37°5.

Le décollement interne est comblé. Les trois greffes ont pris, donnant lieu à de petits points blancs rosés. Pratiqué trois nouvelles greffes épidermiques, prises encore sur l'avant-bras droit et recouvertes de diachylon ; suppression des cataplasmes, même traitement; pansement: charpie alcoolisée-camphrée.

15 août. T. m. 37°.
s. 37°2.

Le décollement externe est comblé, le drain paraissant comprimé est enlevé et remplacé par un fil en anneau. Même traitement, la plaie externe cicatrise.

16 août. Pas de fièvre, les muscles sont recollés, tous les mouvements sont conservés, peu de suppuration, le fil est

enlevé, les trois premières greffes seules ont donné lieu à des plaques d'épiderme, rayonnant vers les bords de la plaie. Même pansement.

17 août. Le malade est débarqué dans l'après-midi, le lambeau est complètement recollé, la plaie est en bonne voie de cicatrisation. 3 à 4 jours de plus de traitement amèneraient la guérison complète.

Nous avons eu occasion de revoir notre blessé, le 10 mai 1887, à Conacry (presqu'île Tumbo): la guérison avait été complète, sans cicatrice vicieuse, et tous les mouvements s'opéraient sans difficulté.

Observation II.

(Personnelle). Aviso *l'Ardent*, station locale du Sénégal.

Plaie ulcérée de la jambe gauche. — Succès.

Moussa Amady, mousse indigène, aide de cuisine, âgé d'environ 15 ans, constitution scrofuleuse.

Après une excoriation à la jambe gauche, siégeant à 4 centimètres au-dessus de la malléole externe, la plaie s'est étendue en longueur et en profondeur, et s'est accompagnée de douleur vive. Le malade, jusque-là, s'était pansé à la façon indigène: Une feuille de baobab sur la plaie retenue par un linge.

Le 12 novembre 1886. Se présente à la visite, l'ulcère a une hauteur de 4 centimètres et une largeur de 3 centimètres. Pansement : solution phéniquée forte. 1 cuillerée sirop iodure de fer.

13 novembre. Même traitement.

14 novembre. Même traitement.

15 novembre. Pansement : solution phéniquée faible. 1 cuillerée sirop iodure de fer.

16 novembre. Pratiqué quatre greffes épidermiques que je recouvre de bandelettes de diachylon, sur lesquelles j'applique un plumasseau imbibé de solution au bichlorure de mercure.

Les 17, 18 et 19 novembre. Renouvelé les plumasseaux imbibés de la même solution.

20 novembre. En enlevant les bandelettes de diachylon, je constate que deux des greffes ont pris ; les deux autres sont perdues dans la suppuration. Renouvelé le même pansement.

23 novembre. Les greffes rayonnent : ce sont deux points de 6 millimètres carrés environ. Même pansement.

27 novembre. Les bords de la plaie cicatrisent, et le tissu cicatriciel a englobé la greffe inférieure ; la plaie a beaucoup diminué.

1er décembre. La greffe supérieure est confondue avec les bords de la plaie, qui n'a plus que les dimensions d'une pièce de 1 franc. Même pansement.

3 décembre. Même pansement.

5 décembre. Le malade est guéri, et cesse tout traitement.

Le traitement général a influé certainement sur la marche de la plaie, et les greffes ont hâté la réparation.

Observation III.

Service de M. le Médecin en chef Rouvier. — Clinique chirurgicale N° 24.

(Genou droit). Périarthrite suppurée.— Succès.

Saules (Pierre), soldat au 4me régiment d'infanterie de marine, 24 ans.

Cet homme, étant au mois de février 1886 en traitement pour pleurésie à l'hôpital de Rochefort, éprouva quelques douleurs à la partie externe du genou droit ; du gonflement

survint ensuite qui disparut à la suite de l'application d'un vésicatoire.

Six mois après, mêmes symptômes à la partie interne de l'articulation ; fit son service pendant plusieurs mois, puis il fut envoyé en congé de convalescence pour pleurésie chronique et revint au corps en mars 1887, sortant de l'hôpital de Rodez avec un gonflement considérable de l'articulation.

Entré aussitôt à l'hôpital Saint-Mandrier, dès son arrivée on pratique une ouverture au thermo-cautère dans la région poplitée : issue d'une forte quantité de pus osseux ; deux incisions ont été pratiquées par la suite, l'une au thermo-cautère au niveau du condyle interne du fémur, l'autre au bistouri vers le tiers supérieur de la jambe ; ces deux ouvertures ont été réunies par des drains à la première.

Évacué sur le service de la clinique chirurgicale le 14 mai 1887, les incisions laissent écouler un pus couleur chocolat, mal lié ; les urines contiennent fréquemment du pus.

15 mai. Pansement antiseptique à l'iodoforme.

19 mai. La pression exercée sur la partie externe du genou fait sortir, par l'ouverture pratiquée au côté interne, une grande quantité de pus. On tente de pratiquer une contr'ouverture au-dessous et en arrière du condyle externe du fémur, mais le bout du trocart introduit du côté interne vient buter contre le tendon du biceps et ne peut ressortir de l'autre côté.

26 mai. Après chloroformisation, on agrandit largement l'incision située au niveau du condyle interne, et on constate l'existence de fongosités, mais on n'arrive pas sur l'os, non plus que sur le côté externe où l'on pratique deux ouvertures, l'une au niveau de la tête du péroné, l'autre au-dessus. Ces incisions sont réunies à la première par deux drains passant l'un en avant, l'autre en arrière du biceps.

Les plaies sont lavées avec soin (solution au bichlorure

de mercure). On enlève les fongosités. Pansement à l'iodoforme.

27 mai. Douleurs la nuit; ce matin, douleurs lancinantes très vives au moindre mouvement; suintement séro-sanguinolent très abondant traversant toutes les pièces du pansement.

31 mai. État satisfaisant des plaies.

2 juin. Mieux sensible, la suppuration diminue.

13 juin. Amélioration continue, application d'une cuirasse de diachylon sur la plaie poplitée.

27 juin. Douleurs lancinantes à la partie moyenne de la cuisse.

Du 27 juin au 25 juillet. Alternatives d'amélioration et d'aggravation. Pansements successifs au sulfo-benzoate de soude, alcoolisé-camphré et au bichlorure de mercure.

25 juillet. On fait sauter un pont de peau au thermo-cautère, d'où il résulte une plaie d'environ 6 centim. sur 3 centim.

5 octobre. La plaie est réduite à 3 centim. carrés et paraît rester stationnaire. On applique trois greffes épidermiques prises sur la peau d'un prépuce opéré à l'instant de phimosis.

8 octobre. Les trois greffes ont pris et rayonnent.

1er novembre. Cicatrisation à peu près complète. Mais le malade, qui est manifestement tuberculeux, est encore à l'hôpital en traitement pour un abcès de la paroi thoracique antérieure gauche se rattachant à l'infiltration tuberculeuse de la 4me côte.

Observation IV.

Service de M. le médecin principal Fontan, hôpital Saint-Mandrier.

Brûlure au 3me degré — Insuccès

Mourez Joseph, soldat infirmier, 15me section, 24 ans.

Étant, le 5 février 1887, sur la frontière de Chine, cet homme voulut sauver des fusils restés dans une paillotte en flammes, la toiture s'effondra sur lui et il lui en résulta des brûlures, au 3me degré, à la région frontale et aux deux mains.

Rapatrié, il fut reçu à l'hôpital Saint-Mandrier le 30 avril 1887.

Du 1er au 9 mai. Poudre de charbon sur les plaies et pansement solution boriquée par dessus.

9 mai. On place sur la main droite cinq greffes épidermiques prises sur l'avant-bras et six sur la main gauche; pansement boriqué.

13 mai. Résultat à peu près nul; sur 11 greffes, une seule a pris sur le bord cubital de la main droite.

Ce malade fut guéri plus tard par la transplantation de lambeaux cutanés pédiculés pris sur la face antérieure du thorax, opération pratiquée par M. le Professeur Fontan.

Observation V.

Service de M. le médecin principal Fontan.

Ulcère phagédénique. — Greffe de peau de grenouille. — Succès.

Grégy Alcée, soldat au 2me régiment d'infanterie de marine, 25 ans, anémie paludéenne, malade depuis 8 mois.

Revient du Tonkin, entre à l'hôpital pour ulcère survenu à la suite de piqûre de bambou à la partie inféro-interne de la jambe gauche.

28 octobre 1886. L'ulcère a la superficie d'une pièce de 5 francs.

Du 28 octobre au 12 novembre. Pansements iodoforme, charpie boriquée.

12 novembre. On pratique deux greffes épidermiques avec les ciseaux-pinces ; pansement boriqué.

13 novembre. Les greffes sont en place et paraissent adhérer. Même pansement.

Du 13 au 18 novembre. Même pansement, traitement de l'impaludisme par le sulfate quinique.

18 novembre. Une des greffes part avec le pansement renouvelé.

19 novembre. La greffe restant en place a une dimension d'environ 5 millimètres carrés.

Du 19 novembre au 1er décembre. Même traitement.

En décembre et janvier, divers accès de fièvre ; on ne pratique pas d'autres greffes, celle qui est en place est restée à peu près stationnaire.

2 février. On pratique deux nouvelles greffes.

4 février. Les greffes adhèrent.

6 février. Les greffes sont enlevées en renouvelant le pansement.

La plaie, stationnaire, n'a perdu de ses dimensions primitives qu'au niveau de la première greffe, qui a pris, et est confondue avec le bord de la plaie.

10 mars. Bandage plâtré perforé pour immobiliser le pied.

Du 10 au 15 mars. Accès de fièvre.

15 mars. On applique deux nouvelles greffes épidermiques.

16 mars. Même traitement.

17 mars. Les greffes sont enlevées avec le pansement.

Du 17 mars au 11 avril, pas de nouvelles greffes.

11 avril. Greffes avec peau de grenouille : huit petits lambeaux de quelques millimètres carrés de cette peau sont semés sur la peau, pansement boriqué.

16 avril. Trois des greffes ont pris, le reste est enlevé avec pansement, même traitement.

19 avril. Les trois greffes rayonnent et envoient des prolongements plus longs vers les bords.

Du 20 avril au 30 mai, accès de fièvre, la plaie est en bonne voie, même traitement.

30 mai. Le malade sort de l'hôpital à peu près guéri, la plaie n'ayant plus que les dimensions irrégulières d'une pièce de 0 fr. 50.

Dans cette observation, une greffe épidermique a pris au début, et, vers la fin, les zoogreffes de peau de grenouille ont donné un bon résultat. Le traitement par les greffes a duré 6 mois : la lenteur du résultat peut être attribuée à l'état de cachexie paludéenne dans lequel se trouvait le malade.

M. le professeur Fontan, dans le service de qui nous avons pris cette observation, l'a publiée comparativement à d'autres ulcères traités par lui par les pulvérisations antiseptiques, et aurait obtenu, par cette dernière méthode, des résultats plus rapides que par les greffes.

Observation VI.

Service de M. le médecin principal Fontan.

Ulcère variqueux (jambe gauche).— Succès.

Lardeux Jean, 24 ans, matelot de la Division, entré à l'hôpital pour ulcère variqueux (face postéro-externe de la

jambe gauche), état général bon, l'ulcère a les dimensions suivantes: 4 centimètres sur 3 centimètres.

25 janvier 1887. Pansement solution au bichlorure de mercure.

3 février. On pratique deux greffes épidermiques, l'une au-dessus de l'autre.

Pansement de Chassagnac.

7 février. Les greffes sont fixées, même pansement.

10 février. Les points greffés sont blancs rosés, avec une aréole plus rouge autour.

12 février. L'épiderme des îlots cicatriciels s'avance vers les bords de la plaie.

Du 12 au 16 février. La plaie cicatrise et diminue de jour en jour.

17 février. Le malade sort de l'hôpital guéri.

Observation VII.

Service de M. le médecin principal Fontan.

Ulcère variqueux (jambe droite). Succès.

Eozinou, 21 ans, matelot de la Division, état général excellent.

20 mars 1887. Entré à l'hôpital pour ulcère variqueux en arrière de la malléole externe (jambe droite); la dimension de l'ulcère est de 3 centimètres carrés.

Du 21 au 28 mars. Pansement: charpie boriquée.

29 mars. On pratique deux greffes épidermiques; pansement: charpie boriquée, morceaux de diachylon immédiatement sur les lambeaux greffés.

3 avril. On enlève le diachylon, les greffes restent adhérentes.

7 avril. Les greffes rayonnent et la plaie est en bonne voie.

11 avril. La cicatrisation s'opère rapidement.

Du 11 avril au 4 mai. Les greffes et la marche de la cicatrice ont diminué la plaie d'environ les deux tiers. Le malade se lève et marche facilement.

5 mai. Adénite du membre inférieur droit; repos au lit. Application d'un vésicatoire sur l'adénite.

6 mai. Pansement à sécher du vésicatoire.

Du 7 au 21 mai. Immobilisation au lit. L'adénite se termine par résolution.

22 mai. Le malade se lève; la plaie est à peu près cicatrisée.

23 mai. Le malade sort de l'hôpital guéri.

Les deux observations précédentes (VI et VII) sont concluantes en faveur des greffes épidermiques qui ont hâté le travail cicatriciel.

Observation VIII.

Chicago médical Journal, novembre 1877, *Revue de Hayem*, vol. 12.

Le docteur Lackey a pratiqué 2600 greffes épidermiques en trois ans, et obtint la cicatrisation chez une jeune fille qui avait perdu le cuir chevelu, la peau du front, les sourcils et une partie de la joue droite.

Observation IX.

Reverdin, *Bulletin de la société de chirurgie*, 28 mars 1877.

Une femme épileptique s'était fait de larges et profondes brûlures à la main, à l'avant-bras et au coude (faces antérieures, externes et internes). La rétraction cicatricielle

commençait déjà à limiter l'extension de l'avant-bras sur le bras.

M. Reverdin plaça sur la plaie dix greffes épidermiques prises sur lui-même, puis vingt autres prises sur le malade; vingt-sept réussirent. Après cette première série, onze autres sont appliquées sur divers points.

L'accident avait eu lieu le 6 août 1875; le 13 octobre 1875 la cicatrisation était complète et la rétraction avait entièrement disparu. Le 19 février 1876, le résultat était resté tout aussi beau.

Observation X.

Union médicale 1881. N° 171.

Inoculation syphilitique par greffes épidermiques. — Dr Deubel.

Un homme de 49 ans, n'ayant jamais eu d'affection vénérienne, était atteint d'un ulcère gangréneux très étendu. Afin de hâter le travail de réparation, le Dr Deubel appliqua sur la plaie 75 greffes épidermiques, prises dans l'entourage du malade. Presque toutes ces greffes contractèrent adhérence et la cicatrisation s'effectuait très rapidement, lorsque, un mois après l'application des premières greffes, apparut sur la plaie une ulcération couleur gris-bleuâtre, creusée en godet. Le lendemain, nouvelles ulcérations de même aspect qui détruisirent rapidement le travail de cicatrisation et se répétèrent pendant plus de trois mois. Six semaines après l'ulcération initiale, roséole, éruption croûteuse du cuir chevelu; deux mois après la roséole, plaques muqueuses buccales.

Sur ces entrefaites, le Dr Deubel, consulté par un des fils du malade (25 ans) qui avait chaque fois fourni des greffes, constate chez lui l'existence de plaques muqueuses anales.

Ce jeune homme avait eu, dix-huit mois auparavant, un chancre pour lequel il n'avait pas jugé à propos de consulter.

La syphilis avait donc été communiquée au malade par le sang adhérent aux greffes prises sur son fils.

En matière de greffe épidermique, comme en matière de vaccin, il faut s'assurer avec soin des antécédents du donateur, particulièrement au point de vue de la syphilis.

VI. — CONCLUSIONS.

De notre travail, il résulte que la greffe épidermique doit avoir une place importante dans la thérapeutique chirurgicale.

Nous avons vu, en effet, qu'elle hâte la cicatrisation et qu'elle consolide le tissu cicatriciel.

Là n'est pas son seul mérite ; par sa simplicité, elle épargne souvent aux malades, porteurs de pertes de substance considérables, les douleurs souvent inutiles et quelquefois dangereuses de l'autoplastie, dont elle est en quelque sorte le premier degré, en allant du simple au composé.

Nous savons que le pronostic de la greffe épidermique est variable selon la constitution du sujet, l'état des granulations de la plaie, les dimensions du lambeau épidermique et les précautions prises dans le manuel opératoire.

Maurel (1), considérant les greffes épidermiques dans les différentes races humaines, dit : « Le climat de la Guyane, nous pourrions dire les climats tropicaux, ne modifient ni dans leur marche, ni dans leur efficacité les greffes épidermiques.

» Elles constituent un auxiliaire précieux pour la cicatrisation des plaies et des ulcères.

» Les autogreffes ont le même résultat quelle que soit l'espèce ou la race.

» La peau de la race noire étant plus élastique et plus résis-

(1) *Gazette médicale* 1878, p. 349.

tante, nous avons vérifié le fait, expose le chirurgien à s'y reprendre à plusieurs fois pour obtenir une greffe.

»Pour que les greffes restent pigmentées, deux conditions sont indispensables : qu'elles soient prises et transplantées sur des sujets riches en pigments.

»La pigmentation des jeunes cellules a lieu par une action de contact : cette action s'épuise bientôt et son champ ne dépasse pas en général 5 millimètres.»

En résumé, étant donné les résultats définitifs, la pratique facile et l'innocuité de la greffe épidermique, la possibilité de prendre le lambeau épidermique chez un sujet étranger et même sur un animal, on se rend compte des services réels que rend cette opération à la chirurgie réparatrice ; il résulte même des expériences de Demarquay (1) que les greffes épidermiques peuvent prendre sur des surfaces cancéreuses.

(1) *Bull. soc. de chirurgie.* t. I, 1872.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 27 février 1888.
P. le Recteur de l'Académie,
l'Inspecteur d'Académie délégué,
J. YON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 25 février 1888.
Le Doyen,
CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Bontier. — De l'ulcère variqueux, traitement par l'eau chlorurée et la greffe épidermique, thèse de Paris 1872.

Cadiat. — Article Greffe, dictionnaire de Dechambre.

Colrat. — Des greffes épidermiques, thèse de Montpellier 1871.

Demarquay. — Bulletin de la société de chirurgie, t. I, 1872.

Duval (Mathias). — Article Greffe, dictionnaire de Jaccoud.

Gaimard. — Emploi des greffes animales en chirurgie, thèse de Montpellier 1876.

Guyon. — Eléments de chirurgie clinique.

Klein et Variot. — Eléments d'histologie.

Lauth. — Greffes épidermiques, Gaz. méd. de Strasbourg, juin 1871.

Lautré. — De la greffe dermo-épidermique, thèse de Montpellier 1880.

De Lentilhac. — De l'Anaplastie, thèse de Montpellier 1848.

Masse. — Transplantation des tissus de l'organisme, Montpellier médical, janvier 1886.

Maurel. — Greffes dermo-épidermiques dans les différentes races humaines, Gazette médicale 1878.

Reverdin (Auguste). — Greffes épidermiques, Gaz. méd. de Strasbourg 1871.

Reverdin (Jacques). — Archives générales de médecine 1872.

Rochet. — Des différentes greffes dans la réparation des pertes de substance, Province médicale, Lyon 1887.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !